

Imię: ..... Nazwisko: ..... PESEL: .....

**ZGODA NA DOKONYWANIE POTRĄCEN DLA PRACOWNIKÓW WOJEWÓDZKIEGO SPECJALISTYCZNEGO SZPITALA IM DR. WŁ. BIEGAŃSKIEGO W ŁODZI**

**Wyrażam zgodę na comiesięczne potrącanie z mojego wynagrodzenia, wynagrodzenia za czas choroby i zasiłków z ubezpieczenia społecznego oraz wszystkich innych należności przysługujących od Pracodawcy składki ubezpieczeniowej z tytułu przystąpienia do Grupowego Ubezpieczenia na Życie PZU za mnie i wskazanych przeze mnie innych osób współubezpieczonych, zgodnie ze złożoną/złożonymi deklaracjami w formie elektronicznej lub papierowej wraz z wybranymi pakietami dodatkowymi:**

GŁÓWNY UBEZPIECZONY	kwota	data	podpis pracownika
WARIANT 1	98 zł		
WARIANT 2	99 zł		
WARIANT 3	109 zł		
WARIANT 4	111 zł		
WARIANT 5	116 zł		
<b>Pakiety dodatkowe</b>			
<b>A. Ochrona dla dziecka</b>			
WARIANT 1	10 zł		
WARIANT 2	16 zł		
WARIANT 3	24 zł		
<b>B. Wsparcie na wypadek nowotworu</b>			
WARIANT 1	12 zł		
WARIANT 2	17 zł		
<b>C. Wsparcie po wypadku</b>			
WARIANT 1	6 zł		
WARIANT 2	10,50 zł		
WARIANT 3	14,50 zł		
<b>D. W razie wypadku</b>			
WARIANT 1	6,5 zł		
WARIANT 2	12 zł		
<b>E. Wsparcie dla bliskich</b>			
WARIANT 1	12 zł		
WARIANT 2	17 zł		
<b>F. Wsparcie dla rodziny</b>			
WARIANT 1	5 zł		
WARIANT 2	10 zł		
WARIANT 3	15 zł		

	WSPÓŁUBEZPIECZONY	kwota	ilość osób	data	podpis pracownika
W.1.	WARIANT 1	98 zł			
W.2.	WARIANT 2	99 zł			
W.3.	WARIANT 3	109 zł			
W.4.	WARIANT 4	111 zł			
	WARIANT 5	116 zł			
<b>Pakiety dodatkowe</b>					
<b>A.1. A. Ochrona dla dziecka</b>					
A.2.	WARIANT I	10 zł			
A.3.	WARIANT II	16 zł			
	WARIANT III	24 zł			
<b>B.1. B. Wsparcie na wypadek nowotworu</b>					
B.2.	WARIANT I	12 zł			
	WARIANT II	17 zł			
<b>C.1. C. Wsparcie po wypadku</b>					
C.2.	WARIANT I	6 zł			
C.3.	WARIANT II	10,50 zł			
	WARIANT III	14,50 zł			
<b>D. W razie wypadku</b>					
	WARIANT 1	6,5 zł			
	WARIANT 2	12 zł			
<b>E. Wsparcie dla rodziny</b>					
	WARIANT 1	5 zł			
	WARIANT 2	10 zł			
	WARIANT 3	15 zł			